事業所担当者 確 認 印

金　　額
円
健　保　使　用　欄
被扶養者認定　あり　・　なし

GL	担当者	担当者

任継・特退の

マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認証等で確認できる健康保険の「記号」と「番号」をご記入ください

業所（勤務先）の健保担当部門 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

該当を〇で囲んでください

本・家 出産育児一時金請求書（海外）

被保険者等 記号	被保険者等 番号	分娩した方の氏名	続柄
81	12345	健保　花子	妻

分娩年月日	平成・令和 5 年 12 月 1 日	死産のときはその旨	
分娩した医療施設の	所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	名　称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

海外の医療機関の 所在地 と 名称 を記入

海外での分娩の理由 ※□に✓をしてください		分娩の理由が2.3の方
	□1.海外赴任・その帯同家族	出産育児一時金のご申請時に新生児の扶養認定を行っていない場合は、パスポート等の写しもご提出ください。
	☑2.里帰り出産	
	□3.その他（　　）	

理由が「1.海外赴任・その他帯同家族」の場合は「右の欄」の確認は不要
「2.里帰り出産」「3.その他」の場合のみ「右の欄」の内容を確認

出産育児一時金は
a. 被保険者本人の
b. 被扶養者の出産

a. 現在加入されている被保険者等の情報	記号・番号	12345－123	被保険者名	健保　花子
b. 以前に加入されていた被保険者等の情報	保険者名(健保組合名)	日本総合健康保険組合	TEL	0465-10-1000
	入社年月日	平・令 2 年 4 月 1 日	退職年月日	平・令 5 年 10 月 1 日

被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。
※マイナンバーで申請の場合、申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

備考欄

他の保険者へは申請しないことを誓約のうえ、上記の通り申請いたします。
また、在職期間中に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。
申請した内容に不明な点が有った場合、富士フイルムグループ健康保険組合が、海外出産の日時、内容等の事実を確認するため、該当分娩を担当した者（医療機関等）へ内容照会を行うことおよび当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

富士フイルムグループ健康保険組合　理事長殿　　令和 5 年 12 月 31 日

被保険者　住　所　〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
氏　名　健保　太郎

分娩年月日	
生産死産の別	
出生児の数	
証　明　欄	Physician's Signature

この欄は、医師 または 助産師から
分娩日等についての証明を受けてください
（「出生証明書(写)＋邦訳文」も可 ）

※本申請書の出生証明書欄への証明に代えて、項目を網羅する出生にかかる証明書の添付でも可。ただし、外国語で作成された場合には、翻訳を添付してください。（翻訳者の氏名・連絡先を明記）

＊時効 ： 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して２年で時効となります。